

# Psychosomatický přístup k funkčním poruchám hybnosti

**MUDr. Ondřej Masner**

Ordinace psychosomatické a všeobecné medicíny, Praha

Funkční poruchy hybnosti (FPH) jsou složitou diagnózou jak pro pacienta, tak pro lékaře. Nejednoznačnost příznaků a jejich složité zařazení často vnášejí nejistotu a zatěžuje vztah mezi pacientem a lékařem. Psychosomatický přístup může výrazně přispět k léčbě FPH tím, že rozšíří somatickou úroveň o psychické i sociální faktory stonání a umožní jejich integraci. Tím se mohou pro pacienta zpřístupnit předtím skryté psychosociální souvislosti, které mu brání v uzdravení. Složitost vzniku a udržování FPH vede k myšlence vést léčbu pomocí interdisciplinárního týmu. Uvedeny jsou předběžné zkušenosti švédského týmu s pacienty trpícími funkčními neurologickými poruchami.

**Klíčová slova:** funkční porucha hybnosti, psychosomatická medicína, interdisciplinární tým.

## Psychosomatic approach to functional movement disorders

Functional movement disorders (FMD) are challenging diagnoses not only for the physician, but also for the patient. The complexity of the symptoms and their complicated classification is usually causing significant uncertainty and is a burden for the relationship between patient and physician. Psychosomatic approach can significantly improve the outcome of FMD by extending the focus from the somatic level only, to psychological and social context, thus accomplishing their integration. This may enable the patient to access psychosocial factors, which may be obstructing the clinical improvement. The complexity of development and maintenance of FMD is leading to the thought of treating the patients by an interdisciplinary health team. Preliminary experience from a Swedish team with functional neurological disorders is being summarized.

**Key words:** functional movement disorder, psychosomatic medicine, interdisciplinary health team.

## Co nabízí psychosomatická medicína?

Funkční poruchy hybnosti (FPH) jsou zvláštním oříškem ve světě medicíny. Lékař má před sebou pacienta, který z ničeho nic nevládne svou rukou nebo má ochrnutou nohu a pohybuje se velmi podivně, bez jasného patofyziologického vzorce. Jindy se může jednat o spazmy v obličejí nebo nevysvětlitelnou svalovou slabost. Společným prvkem naopak je fakt, že jsou všechna provedená vyšetření negativní, nebo bez jasné patologie. Žádný iktus, žádné krvácení do mozku ani jiná neurologická nemoc, která by vysvětlila poruchu, se nenajde. Pacient je nešťastný, že je nemocen, lékař je nešťastný,

že neví, co vlastně má vůbec léčit. Podobná situace je pro obě strany psychicky velmi náročná, panuje nejistota a obavy se můžou rozrůst až do úzkosti. A úzkost může opět posilovat možný psychický faktor, a tím vést k dalšímu zhoršení příznaku. V takové chvíli může vzniknout situace pozitivně ovlivnit psychosomatický přístup (Sabo, Joffres et Williams, 2000)

Psychosomatická medicína se vyznačuje především tím, že se na nemocného člověka dívá ze tří úhlů současně. K biologickému vždy přidává i úhel psychický a sociální. Jedná se doslova o bio-psycho-sociální přístup, aniž by se jedna ze složek preferovala před ostatními. Tento přístup je indikován vždy tehdy, když lékaři

narazí na potíže, které jsou svým způsobem atypické nebo nejasné (třeba MUS, medically unexplained symptoms), nebo nereagují očekávaným způsobem na léčbu. Nejčastěji se vyskytují v oblasti muskuloskeletální (bolesti zad a kloubů), gastrointestinální (dyspeptické obtíže, bolesti břicha), ale pak už brzy následují psychosomatické příznaky v oblasti neurologické. Psychosomatický lékař je školený tak, že dovede tu obvykle primární, tělesnou úroveň, rozšířit o psychický a sociální rozměr a dovede tyto různé aspekty integrovat v jeden celek. Psychosomatická medicína proto není definována ani přes určitý orgán ani přes jedinečnou vyšetřovací metodu, nýbrž specifickým způso-

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Ondřej Masner, masnerovi@gmail.com

Ordinace psychosomatické a všeobecné medicíny, Na Dlouhém lánu 11, 160 00 Praha 6

Cit. zkr: Neurol. praxi 2016; 17(2): 92–94

Článek přijat redakcí: 5. 10. 2015

Článek přijat k publikaci: 13. 12. 2015

bem uvažování o nemoci a nemocném samém. V tomto smyslu je to specifický obor, ale zároveň i způsob myšlení v širším smyslu, který by v ideálním případě měl prostoupit všemi lékařskými obory, jak to je popsáno v definici psychosomatické medicíny v brožuře vydané Společností psychosomatické medicíny při ČLS (2015).

## Psychosomatika a funkční poruchy hybnosti

Takže, vraťme se k naší nešťastné dvojici, pacientovi trpícímu FPH a jeho ošetřujícímu lékaři. Jak lze tady uplatnit psychosomatiku? Doporučuji vycházet z tělesné úrovně. Nejen my lékaři jsme naučení uvažovat dominantně v této úrovni, činí tak i naši pacienti. Proto je potřeba nejprve vyložit karty na stůl a jasným a hlavně pacientovi srozumitelným způsobem ukázat, jak výsledky somatických vyšetření vypadají a co znamenají. Jeden z klíčových okamžiků v léčbě FPH je totiž akceptace diagnózy pacientem. Pro akceptaci diagnózy je rozhodující, že i ošetřující neurolog má jasno v tom, že se jedná o FPH. Jestli on sám by měl pochybnosti o této diagnóze, tak jeho nejistota se nutně musí (třeba i non-verbálně) přenést i na pacienta a další spolupráce tím bude poznamenána, ne-li nemožná. Morgante (2013) klade největší důraz právě na formu sdělení diagnózy pacientovi tak, aby ji mohl přijmout. Nejenže se má pacientovi zprostředkovat empaticky a bez obviňujícího postoje. Považuje akceptaci diagnózy již za první krok terapie. Má obsahovat následující prvky: lékař má pacientovi zdůraznit, že rozumí, že jeho abnormální pohyby nejsou dílem schválnosti, ale že se dějí na podkladě podvědomých procesů („vím, že to neděláte schválně“). Dále, že se u jeho poruchy nejedná o psychiatrickou diagnózu („je mi jasné, že nejste blázen“). A konečně je třeba zdůraznit, že chápeme, že ty abnormální pohyby představují pro pacienta reálnou a velmi omezující překážku v jeho životě („je jasné, že jste těmi potížemi omezen“). Všechny tyto tři postoje zdůrazňují pacientovi, že ho bereme vážně, že mu věříme, a že proto i on může důvěřovat nám. Tvoříme tím základ pro dobrý terapeutický vztah, který je hlavním předpokladem pro jakoukoliv psychosomatickou práci. K tomu je možné doplnit, že se v této souvislosti velmi vyplácí pacientovi hned od začátku (jakmile v nás vznikne podezření na FPH) sdělit, že by se mohlo jednat právě o poruchu funkční. Když s tímto závěrem

přijdeme až po dokončení všech vyšetření, tak pacient snadno získá dojem, že se vymlouváme na funkčnost potíží, když jsme nic nenašli. V novější literatuře se zdůrazňuje nutnost potvrdit diagnózu FPH pozitivně na základě charakteristických klinických příznaků a ne pouze vyloučením organické příčiny či přítomnosti sugestivních psychických faktorů (Serranová, Růžička et Roth, 2014; Edwards et Bhatia, 2012). K jasným prvkům hovořícím ve prospěch FPH patří například: větší kolísavost intenzity příznaků, zmírnění intenzity při odvedení pozornosti nebo signifikantní inkongruence mezi pocity/očekáváním pacienta a senzoryckými výsledky (Morgante, Edwards et Espay, 2013).

Jakmile pacient pochopil a akceptoval stanovenou diagnózu FPH, tak lze zaměřit pozornost na souvislosti sociální a psychické. Psychosomatika nabízí v tomto ohledu velké množství pracovních nástrojů (časová osa, mapa rodiny atd.), které zde není možné v detailu rozvádět. Předpokladem jakékoliv úspěšné psychosomatické práce s pacientem je jeho otevřenost a aktivní spolupráce. A to v příkrém protikladu k vyšetřování somatickému, které si vystačí v drtivé většině jen s minimální aktivní spoluprací vyšetřovaného. Pacient se nám při psychosomatickém přístupu nutně posouvá z převážné pozice pasivního objektu do pozice aktivního subjektu. Což pak může ovlivňovat i práci a fungování interdisciplinárního léčebného týmu, o kterém bude řeč níže.

Smysl psychosomatické práce s pacientem tkví ve zpřístupnění a propojení potenciálně důležitých psychosociálních souvislostí s jeho somatickým příznakem. Při této práci nelze odělovat diagnostiku od terapie, běží obě souběžně a jsou do sebe propletené. Lékař přitom používá obecné zásady psychosomatického přístupu a může zároveň vnášet specifické prvky z psychotherapeutické oblasti, dle svého psychotherapeutického zaměření. Tímto postupem se pro pacienta otevírá prostor pro otázky, na které v předchozím kontaktu s lékařem málokdy bývá čas. Společně se lze zabývat otázkami jako: „proč mě postihly tyto potíže zrovna nyní?“, „jakým způsobem ovlivňuje příznak můj život?“, „co naopak můžu nadále v mém životě dobře vykonávat?“, „co moje příznaky znamenají pro moje nejbližší okolí?“, „jaké emoce prožívám, když si na svůj příznak vzpomenu?“ jenom jako malý výběr důležitých aspektů pro pacientův

psychický i sociální život. Psychosomatický lékař přitom v žádném případě není v pozici experta, který s jistotou odhalí hlubší kořeny jeho potíží, nýbrž je pacientovi nápomocen se ve vlastních pocitech a osobních vztazích vyznat. Jistě přitom bude čerpat ze svých profesních zkušeností a může pacientovi nabízet podněty, ovšem sám neví dopředu, k čemu se společně propracují. Prvním výsledkem psychosomatické práce bude zhodnocení, s jakou mírou pravděpodobnosti se na pacientově FPH podílejí či nepodílejí psychosociální faktory. Následovat může jak specificky zaměřená psychotherapie na konkrétní problém, anebo psychosomatický lékař může dojít k závěru, že u pacienta nelze stanovit signifikantní psychosociální podíl.

## Léčba funkčních poruch hybnosti v týmu

Psychosomatická medicína se již desítky let odklonila od původního konceptu psychogenní etiologie jakéhokoliv onemocnění. Nesnaží se nacházet jeden rozhodující emocionální důvod nebo jedno rozhodující trauma, od kterého lze pacientovy somatické potíže kauzálně odvodit. Dnes se psychosomatika hlásí k modelu multifaktoriální etiologie, kde psychosociální faktor je vždy jen jeden z faktorů. Z toho plyne nutnost léčit psychosomatické pacienty v interdisciplinárním týmu, který je schopen vést léčbu pacienta na více úrovních (tělesné, psychické a sociální) současně. I v léčbě FPH se uvažuje o interdisciplinárním modelu. Na letošním kongresu EAPM (European Association of Psychosomatic Medicine) představil svůj koncept tým ze Stockholmu, který použil při terapii pacientů s podezřením na funkční neurologické příznaky (Bendix, 2015). Pacienti byli zpočátku na lůžkovém oddělení a poté následovala ambulantní léčba, celkově po dobu 6 měsíců. Dostal jsem svolení autorů uvést jejich předběžné výsledky (viz níže).

Léčebný tým byl složen z neurologa, ergoterapeuta, rehabilitačního lékaře, sociálního pracovníka, psychiatra s psychosomatickým vzděláním (Consultation/Liaison psychiatrist) a fyzioterapeuta. Celkový počet pacientů v programu byl 21, z toho 18 žen a 3 muži. Hlavním kritériem pro zařazení do studie byla přítomnost neurologického příznaku s podezřením na funkční neurologickou poruchu s trváním od 3 do 6 měsíců. Výsledky ukázaly zlepšení

klinického stavu u 10 pacientů (48%), z čehož 7 vykazovalo buď úplné vymizení neurologického příznaku (2 pacienti) nebo velmi výrazné zlepšení (5 pacientů). U 2 pacientů se příznaky nezlepšily a zbylých 9 pacientů ze studie z různých důvodů vypadlo.

Jako klíčové faktory týmové spolupráce autoři studie uvedli: časnou diagnózu a krátkou dobu trvání příznaků, nestigmatizující přístup týmu a akceptaci diagnózy, aktivní přístup pacienta a jeho spokojenost s léčbou, omezení dalších somatických vyšetření, zaměření na rehabilitaci a rychlé zlepšení příznaku, jednota léčebného týmu.

Velkou výhodou léčby interdisciplinárního týmu pro pacienta je, že jeho víceoborovost odpovídá složitosti jeho onemocnění. Umožňuje vést léčbu současně na tělesné (fyzioterapie, ergoterapie, neurologie), sociální (sociální pracovník, část psychoterapie) a psychické úrovni (psychologie, psychiatrie, psychoterapie). Přitom není primárně důležité, co z toho zabere, ale že se stav pacienta začne lepšit. Důležité také je, že terapeutická hodnota týmu přesahuje jen aritmetický součet členů či užívaných metod. Hlavní potenciál tohoto uspořádání je využití týmové synergie, která se projeví při pravidelných setkáních týmu a společné práci nad pacientem.

Z toho pak plyne interdisciplinární spolupráce, která se zdá být efektivnější než pouhé paralelní ošetřování v multidisciplinárním týmu (Körner, 2010). Z toho vyplývá i nutnost, že členové týmu musí pracovat pravidelně jak na společném pracovišti, tak se stejným pacientem. Jednotliví členové týmu mají nezávisle na jejich profesi rovnoprávný status. Vedení týmu je důležité hlavně pro organizaci a dodržování týmových pravidel. Postavení pacienta se odvíjí od jeho aktivní spolupráce a vnášení svých subjektivních pocitů a postojů do léčebného procesu. Proto se pacient stává součástí týmu a zvolené léčebné postupy musí být zvoleny v souladu s ním.

## LITERATURA

1. Bendix M. Development and evaluation of a local patient care plan for patients with functional neurologic symptom disorder. Presentation at the EAPM Conference, Jul 2015, Nuernberg, Germany, 2015.
2. Edwards MJ, Bhatia KP. Functional (psychogenic) movement disorders: merging mind and brain. *Lancet Neurology*; 2012; 11(3): 250–260.
3. Körner M. (2010) Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clin Rehabil* January 1, 2014; 28: 20–35.
4. Morgante F, Edwards MJ, Espay AJ. Psychogenic movement disorders. *Continuum (Minneapolis)*. 2013 Oct; 19(5 Movement Disorders): 2013: 1383–1396.
5. Sabo B, Joffres M, Williams T. How to deal with medically unknown symptoms. *Western J of Med* 2000; 172(2): 128–130.
6. Serranová T, Růžická E, Roth J. Funkční poruchy hybnosti. *Cesk Slov Neurol N*; 2014; 77/110(3): 270–286.
7. Společnost Psychosomatické Medicíny ČLS (2015). Co je psychosomatická medicína. Brožura vydána společností.